

KURSANMELDUNG

Kurs Nr.* _____
Entgelt: _____ EUR

Kursbezeichnung: _____

*Felder, die mit einem * markiert sind müssen ausgefüllt werden!*

Angaben zur Person:

Name*: _____ Telefon*: _____

Vorname*: _____ E-Mail*: _____

Straße*: _____

PLZ/Ort*: _____ **Ich habe Unterstützungsbedarf und bitte um Rückruf**

Statistische Daten:

Geschlecht*: M W D Geburtsdatum* TT.MM.JJJJ: _____

Zahlungsweise*:

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die Kreisvolkshochschule Gotha Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kreisvolkshochschule Gotha auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name, Vorname des Kontoinhabers: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: (22-stellig) DE _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich zahle mit EC-Karte während der Kassenzeiten der KVHS.
(Kassenzeiten: Di: 13:00-17:00 UHR und Do: 09:00-12:00 UHR / 13:00-17:30 UHR)

Ich erkläre mich mit den **allgemeinen Geschäftsbedingungen** einverstanden.*

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten gemäß der **Datenschutzerklärung** weiterverarbeitet werden.*

Ich habe die **Widerrufsbelehrung** zur Kenntnis genommen.*

Datum / Unterschrift* _____
(bei Anmeldung Minderjähriger Unterschrift des Erziehungsberechtigten!)*